

# 2020年度 相談支援従事者初任者研修 受講申込書

法人名  
 代表者名  
 (職名)  
 法人所在地 〒 \_\_\_\_\_

担当者名  
 電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

下記の者について、相談支援従事者初任者研修を申し込みます。

### 記

ふりがな		性別	生年月日 (西暦)		
氏名		男・女	19	年	月 日生
メールアドレス					
受講申込区分 (該当する番号に○)	1 <del>7日間研修コース</del> (主に相談支援専門員を目指す者) 2 <b>5日間研修コース</b> (主に相談支援専門員を目指す者) ※相談支援従事者初任者研修受講証明書を添付すること 3 <del>2日間研修コース【1回目】上旬</del> (主にサービス管理責任者等を目指す者) 4 <b>2日間研修コース【2回目】以降 次月上旬</b> (主にサービス管理責任者等を目指す者)				
実務経験要件の 確認 (該当する番号に○)	<b>別表【相談支援専門員実務経験一覧表】参照していずれか記入</b>				
	1 ( ) 相談支援業務 具体的な対象施設等 (複数可) (別表より該当記号を記入)	2 ( ) 直接支援業務 具体的な対象施設等 (複数可) (別表より該当記号を記入)	3 ( ) 資格該当者 (資格名) [ _____ ] 年 月 日 取得		
	[ _____ ] [ _____ ] [ _____ ] [ _____ ]	[ _____ ] [ _____ ] [ _____ ] [ _____ ]	(資格取得後の従事期間) 5年以上 年 月 (相談支援等の従事期間) 3年以上 年 月		
合計経験年数 (研修修了時点)	年 月	年 月			
現所属事業所	(住所) 〒 _____ (事業所名) (代表者 職名) (電話番号) _____ (FAX番号) _____				
現所属事業所の 種別 (該当する番号に○)	1 指定相談支援事業所      2 障害者支援施設 3 障害福祉サービス事業所      4 障害児通所支援事業所 5 その他 ( _____ )				
【5日コースのみ】 配慮すべき事項 ※ ある場合記入	● 車いす・その他 ( _____ ) ● 研修に介助者が同席されますか ( 同席する ・ 同席しない )				
【2日コースのみ】 インターネット (動画視聴)環境	1 職場・自宅等に動画を視聴できるインターネット環境はある 2 インターネット環境はない ( Y I Cで動画の視聴をする )				
その他 (確認事項)	● [ サビ管・児発管等 ] 基礎研修 について、今年度中に受講予定 1 ある (山口県内)      2 ある (県外)      3 ない ● 氏名に含まれている旧字体について、パソコンの出力で注意が必要な場合 1 ある (具体的に _____ )      2 ない				